

APONTAMENTOS PARA A HISTORIA DAS CAMPANHAS SANITARIAS NO BRASIL

A PRIORIDADE DO COMBATE A' SYPHILIS

Pelo DR. F. C. P.

Constitue uma realçade animadora a campanha contra a syphilis, no Brasil. Em todos os Estados em que esta lucta prophylactica existe e, pois, necessariamente progride na extensão do serviço e no valor dos resultados, não lhe falta o amparo official dispensado directamente. Apenas em S. Paulo, terra por excellencia das iniciativas, a campanha anti-syphilitica é organizada e mantida por uma sociedade particular. Foram os estudantes de Medicina que a promoveram, prestigiados pelo Serviço Sanitario; são ainda elles, os do Centro Academico "Oswaldo Cruz", que hoje cuidam de sua manutenção por meio de donativos angariados especialmente para tal fim.

Tão conhecido é o seu trabalho e este tantos applausos mereceu desde o primeiro momento de sua execução que não se justifica o pretender-se negar a estes ardorosos luctadores a iniciativa dessa campanha no Brasil. Entretanto appareceram, ainda ha pouco, duas novas e infundadas affirmações. Uma é a da Mensagem de 3 de maio de 1922, do então Presidente da Republica, Dr. Epitacio Pessoa. Ahi encontramos:

"A prophylaxia da syphilis e doenças venereas, executada com esforço maximo em todos os paizes, não o havia sido no Brasil, o que importava uma das falhas mais notaveis da nossa administração sanitaria. Sabido que essa molestia figura na nosologia geral como um dos factores de maior coefficiente e representa uma das causas principaes da degeneração humana, não era licito esquecel-a, sobretudo depois de conhecido o methodo de sua prophylaxia.

Assim o comprehendeu o Governo, e, em bases amplas, regulamentou sob o criterio mais liberal, a campanha contra a syphilis e doenças venereas em toda a Republica."

Outra affirmação é a do Dr. H. C. Souza Araujo, no seu trabalho recentemente publicado, "**A prophylaxia da lepra e das doenças venereas no Estado do Paraná**".

Escreve o Dr. Souza Araujo (pag. 174, II):

"Tendo eu sido nomeado pelo Ministerio do Interior e Justiça, em 18 de agosto daquelle anno (1918), um dos chefes do Serviço de Prophylaxia Rural no Estado do Paraná, tive de elaborar um regulamento sanitario rural para o Serviço, no qual inclui artigos con-

cernentes á prophylaxia da syphilis e creando um "Dispensario Anti-syphilitico", em Curityba.

Esse regulamento foi approvedo pelo governo do Paraná, que o mandou adoptar por decreto n.º 779, de 8 de outubro de 1918. Tal acto foi assignado pelos Drs. Affonso Alves de Camargo e Enéas Marques dos Santos, respectivamente Presidente e Secretario do Interior daquelle Estado. O esclarecido e patriota Presidente Camargo, por esse e varios outros actos prestou ao seu e ao meu Estado natal, serviços de alta relevancia.

No mez de outubro foi installado, junto ao Laboratorio Bacteriologico daquelle Serviço, á rua Aquidaban n.º 66, em Curytiba, o primeiro "Dispensario Anti-syphilitico do "Brasil"

E mais adiante (pag. 177), gryphando: "...os bellos resultados collidos em 1920, no Dispensario Anti-syphilitico de Curityba — o numero Um dos Dispensarios do Brasil — representam etc..".

Ora, ha inexactidão nestas affirmativas.

O serviço anti-syphilitico de que fala a Mensagem presidencial, já existia nessa época. Por outro lado, só em Janeiro de 1921 foram creados os dispensarios aos quaes se refere o decreto federal de junho de 1920, que reorganizou os serviços de Hygiene do paiz e regulamentou o Departamento Nacional da Saude Publica. Estes postos foram confiados á direcção organisadora e scientifica do eminente prof. Eduardo Rabello.

O alludido topico da Mensagem de 3-5-1922, já nos chamára a attenção, tanto que, na qualidade de presidente do Centro Academico "Oswaldo Cruz", contestámos esse ponto, em discurso pronunciado na sessão solemne de regosijo pelo 2.º anniversario da reabertura dos postos daquelle Centro (29-8-22). Noticiando essa festa, o "Estado de S. Paulo" escreveu, no dia seguinte, resumindo o discurso do presidente do Centro:

"Conclue referindo-se á Mensagem do sr. Presidente da Republica, em Maio ultimo. Nesse documento se lê que o serviço prophylactico de doenças venereas organizado pelo Departamento Nacional de Saude Publica era o primeiro que se realisava no Brasil. Reivindica para S. Paulo esse justo titulo de gloria. Foi daqui que parttiu o movimento em 1918, amparado pelo eminente Dr. Arthur Neiva, amigo de coração dos estudantes paulistas; aqui se installou o primeiro posto anti-venereo de combate á syphilis. Este ponto, entende, precisa ser reformado na historia das luctas prophylacticas no Brasil. Não é questão de vaidade, é de justiça — justiça que reclama para a iniciativa", etc.

A campanha anti-syphilitica em S. Paulo, data de 1918. O Dr. Salles Gomes Junior, inspector chefe do serviço de prophylaxia do Serviço Sanitario, escreveu em 1920 no seu trabalho — "**Prophylaxia**

da Syphilis em S. Paulo” (Relatorio de 18 mezes de trabalho em 5 dispensarios):

“Em S. Paulo, graças ao auxilio prestado pelo Dr. Oscar Rodrigues Alves, Secretario do Interior e á competencia e actividade do Dr. Arthur Neiva, Director Geral do Serviço Sanitario, que ampararam em inicio a ideia dos estudantes da Faculdade de Medicina, temos em funcionamento cinco dispensarios, que ha mas de um anno vêm prestando os mais revelantes serviços aos enfermos pobres desta cidade”.

E adiante, na mesma pagina 19: “O primeiro posto de prophylaxia foi installado no Hospital Central da Santa Casa a 8 de Setembro de 1918, em sala da consulta externa etc.”

Em conferencia feita na Sociedade de Medicina de S. Paulo, falou o Professor Aguiar Pupo:

“A primazia da realisação pratica de medidas contra a syphilis, cabe ao Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo, que em 1918, na administração Arthur Neiva, creou 5 postos de prophylaxia e tratamento gratuito da syphilis, attendendo a honrosa iniciativa do Centro Academico “Oswaldo Cruz” e do Gremio dos Internos dos Hospitales, associações de estudantes da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo”. (Segue-se relação circunstanciada, com estatística do serviço.)

Não ha portanto motivo de duvida. A primazia do serviço, cabe aos estudantes de S. Paulo, amparados pelo Governo do Estado.

Quando, dois annos mais tarde, após sua fundação, faltou á iniciativa o apoio official, os academicos reabriram o serviço sob sua exclusiva responsabilidade de manutenção, não medindo trabalhos para conseguir continuasse victoriosa a idéa que os animava. O Professor Pupo confirma na sua conferencia:

“Estes postos foram fechados em 20 de Agosto de 1920, por deliberação do Dr. Arruda Sampaio, actual Director do Serviço Sanitario, sob o intuito de reabri-los mais tarde com organização mais efficiente.”

“... o Centro Academico “Oswaldo Cruz” não se conformando com o acto do Director do Serviço Sanitario, em 29 de Agosto de 1920 reabriu os Postos fundados sob a sua ardorosa iniciativa, sendo-nos então confiada a sua direcção scientifica.”

*

* *

O trabalho desenvolvido pelos estudantes pode ser entrevisto num exame do seguinte relatorio:

CENTRO ACADEMICO
"OSWALDO CRUZ"

LIGA DE COMBATE A' SYPHILIS

Relatorio do movimento dos Postos desde a fundação, aos 29 de
Agosto de 1920, até 30 de Abril de 1923

MOVIMENTO	1920 Desde a funda- ção (29-VIII-1920) a 31-XII-1920	1921 De 1-I-1921 a 31-XII-1921	1922 De 1-I-1922 a 31-XII-1922	1923 De 1-I-1923 a 30-IV-1923	1920-923 De 29-VIII 1920 a 30-IV-1923
Numero de injeções	2.992	14.102	19.258	7.214	43.566
Novarsenobenzól "Bil- lon"	439	1.397	1.705	606	4.247
Iodeto de sodio . . .	303	2.054	2.774	1.035	6.166
Cyaneto de mercurio (en- dovenosa) . . .	481	1.265	1.224	352	3.322
Calomelanos. . .	4	—	12	—	16
Oleo: cinzento . . .	484	2.533	1.669	1.14	4.800
Salicylato basico de mer- curio . . .	—	—	1.842	1.178	3.020
Bi-iodeto de mercurio . .	588	6.069	9.474	3.770	19.901
Cyaneto de mercurio (in- tramuscular) . . .	—	—	80	6	86
Benzoato de mercurio . .	693	784	425	28	1.930
Bismoluol	—	—	53	125	178
Doentes matriculados	457	1.124	1.202	465	3.248
Homens	262	761	680	219	1.922
Mulheres	180	343	496	229	1.248
Crianças	15	20	26	17	78
Casados	214	548	593	260	1.615
Solteiros	230	535	533	151	1.449
Viuvos	13	41	76	37	167
Brasileiros	232	589	264	239	1.324
Extrangeiros	225	335	538	226	1.524
Branços	384	1.031	1.034	416	2.865
Pretos	54	64	94	34	246
Amarelllos	2	3	6	2	13
Mestiços	17	26	68	13	124
Portadores de					
Syphilis primaria . . .	53	106	75	11	245
Syphilis secundaria . .	87	229	194	55	565
Syphilis terciaria . . .	62	123	123	45	353
Syphilis latente	255	666	810	334	2.085
Lesões contagiantes . .	140	335	269	66	810
Reacções de Wassermann	70	285	330	110	795

Por aqui se podem aquilatar os resultados. Sabemos perfeitamente
que os beneficios não se avaliam pelo numero de injeções. Aos

espíritos clarividentes, aos que nos dirigimos, estes algarismos podem falar. Dispensamo-nos de qualquer outro commentario; mesmo porque os que sabem o que é uma *lucta prophylactica* deste genero já leram nas entrelinhas a extensão e os beneficios desse trabalho *phylantropico*.

O Dr. Souza Araujo não é exacto na sua asserção. O primeiro dispensario brasileiro foi aberto em S. Paulo, em 9 de Setembro de 1918. Verdade é que esse dispensario não cogitava, como ainda não cogita de um serviço especial relativo ao meretrício. Talvez por isso mesmo, conhecedor a fundo da organização da modesta campanha iniciada pelos estudantes paulistas, o Dr. Souza Araujo attenuou a sua affirmativa accrescentando, ao escrever, que o seu dispensario anti-syphilitico era o primeiro no Brasil: "nenhum outro, até aquella época, funcionava com um programma igual ao seu"

Mas a questão do meretrício, tal como a incluiu no seu programma o Serviço de Prophylaxia Rural do Paraná, é apenas uma face do problema anti-syphilitico em que se inclue o dispensario. Ainda hoje é origem de discussões a these das vantagens do regulamentarismo, do abolicionismo, do "étatisme sanitaire" etc. Flexner, no seu magnifico relatorio de 1920 estabelece o valor de cada um destes systemas. Não queremos insistir a respeito de sua applicabilidade para não nos desviarmos do objectivo visado por estas notas.

Alfim, collocando-se tudo nos devidos lugares, chega-se a este resultado logico:

O primeiro effectivo Dispensario anti-syphilitico do Brasil foi fundado em S. Paulo. O Dispensario de Curityba foi o primeiro do Brasil a incluir no seu programma a questão do meretrício.

Do contrario é confundir programma com regulamento. E neste caso todo o dispensario seria o primeiro do Brasil, porque cada um tem o seu regulamento, visto como este deve necessariamente obedecer a varias circumstancias propria ao meio e ao local.

A verdade é que a campanha paranaense é muito posterior á de S. Paulo; entrou realmente a funcionar depois de 1918, isto é, depois dos dispensarios paulistas — inaugurados aliás em época anterior á approvação governamental do regulamento sanitario do Paraná.

O Dr. Souza Araujo, que agora vem realisando um trabalho de merecimento no Paraná, escreveu no seu citado relatorio, á pagina 74: "Devido á epidemia de grippe de 1918, a frequencia do dispensario anti-syphilitico foi pequena no periodo de outubro a dezembro".

Todavia, nos Archivos Paranaenses de Medicina, n.º 11, de Março de 1921, encontra-se já não diremos uma contradicção, mas uma affirmativa mais categorica do mesmo dr. Souza Araujo, (pag. 366):

“Creados pelo decreto estadual n.º 779 de 8 de outubro de 1918, o dispensario Anti-syphilitico de Curityba e tambem a fiscalização hygienica do meretricio naquella Capital, o Dispensario só começou a funcionar depois de fevereiro de 1919 e o serviço systematico de exame e tratamento das meretrizes em 1.º de julho, tendo sido adoptadas de 1.º de outubro em diante as cadernetas etc.”

A questão da prioridade não pode portanto offerecer duvidas. Anterior ao Dispensario de S. Paulo só devia existir o do Rio de Janeiro, conforme nos diz o prof. Eduardo Rabello, na sua conferencia perante o Primeiro Congresso Medico Paulista: “No Rio de Janeiro, graças ao gesto do Dr. Getulio dos Santos, foi votada na Municipalidade um lei creando um dispensario prophylactico na Santa Casa”.

Esse dispensario, porém, nunca funcionou.

F. C. P.

P. S. — Oportunamente voltaremos a tratar deste assumpto, mostrando o que é hoje no Brasil a campanha contra a syphilis. Aproveitaremos então as informações completas que a respeito nos enviou gentilmente o dr. Oscar Silva Araujo, chefe interino da Inspectoria de prophylaxia da lepra e doenças venereas (D. N. S. P.,).

PELA SEARA SCIENTIFICA...

AS DEPRESSÕES SUPRA-CLAVÍCULARES NO DIAGNOSTICO PRECOCE DA TUBERCULOSE PULMONAR

Bray e Duerschner publicaram em “The Journal of the American Medical Association” (9 de Junho de 1923) um interessante artigo subordinado a este titulo. Os autores illustraram o seu trabalho com estatisticas e suggestivas considerações para accentuar, em commettario, que os primeiros observadores consideravam as depressões supra-claviculares como um constante signal na tuberculose pulmonar. Naquelle tempo, o diagnostico era retardado até que a lesão pulmonar fosse adeantada e o paciente emagrecesse. As depressões eram inteiramente attribuidas ao processo pulmonar sub-jacente, sendo que o papel maior em sua producção era provavelmente desempenhado pelo levantamento das espaldas devido tanto á fraqueza quanto ao emagrecimento. Esta opinião é baseada no facto de que as depressões apparecem invariavelmente com o emagrecimento, independentemente de outra causa. “Anatomistas e até costureiras sabem perfeitamente

desta relação” Mas, por outro lado, em bem nutridos pacientes soffrendo embora de adeantada tuberculose pulmonar, as depressões podem estar ausentes.

Quando as depressões têm sua origem em molestia do pulmão, ellas são devidas á perda de volume do pulmão associada á retracção local da parede thoracica. A retracção local da parede thoracica, em gráo sufficiente para produzir depressões, apparece na maioria dos casos com extenso processo pulmonar e accentuada perda de volume do pulmão. Hoje, a presença ou ausencia das depressões depende, para cada individuo, da participação e da extensão de factores que podem compensar estas depressões.

No inicio da molestia, a perda do volume pulmonar é pequena, e é geralmente compensada por emphysema ou hypertrophia da parte do pulmão contigua ao fóco; e não ha nenhuma retracção local da parede thoracica nem mudança da delicada conformação supra-clavicular.

Portanto, no campo puramente pathologico não se podia esperar se encontrasse, no inicio da molestia, mudança objectiva das depressões supra-claviculares.

Ainda que a modificação destas depressões tenham sido encara las como um dos signaes classicos a reter-se na tuberculose incipiente, o presente estudo suggere que o seu valor a tal respeito é muito discutivel.

Condensando nas conclusões os resultados a que chegaram, escrevem os autores:

- 1 — Ha uma relação definida entre nutrição e presença ou ausencia das depressões supra-claviculares.
- 2 — Estas depressões soffrem influencia de tamanho, fórma e posição da clavícula.
- 3 — Há notavel semelhança na incidencia, distribuição e profundidade das depressões supra-claviculares no individuo são e no individuo com tuberculose em inicio.
- 4 — Não ha ainda methodo que possá descobrir differença entre as depressões nessas duas classes de individuos.
- 5 — Não se pôde provar ser praticavel o estabelecimento de uma correlação entre as depressões supra-claviculares e a séde e a extensão de incipiente processo pulmonar.
- 6 — Embora as depressões occurram no inicio da tuberculose pulmonar, ellas provavelmente não são devidas a esta causa.
- 7 — Exceptuando-se talvez raros casos, as depressões supra-cla-

viculares são de contestavel valor no diagnostico precoce da tuberculose pulmonar.

DO DIAGNOSTICO PRECOCE DA APPENDICITE AGUDA

Rove descreveu recentemente em artigo na "Presse Médicale" (5 de Maio de 1923) a "syndrome epigastica", encontrada nos casos de appendicite aguda e cujo valor pratico reside no facto de se evidenciar nas seis primeiras horas do ataque e preceder os classicos signaes da fossa iliaca direita. Esta syndrome é passageira; permite avaliar-se a gravidade do caso e por si mesma acarreta a indicação formal de uma intervenção operatoria urgente.

Queixa-se o paciente, diz Rove, de forte dôr epigastica, vomita com frequencia e, embora se conserve no leito em decubito dorsal, não ha flexão das coxas sobre o abdomen. Ao exame percebe-se uma sensibilidade accusada e nitidamente localisada na região epigastica. Ha defeza muscular no segmento superior do grande recto esquerdo, e uma hyperesthesia cutanea nos mesmos limites. A esse tempo, na maioria dos casos, não se percebe rigidez, hypersensibilidade ou hyperesthesia cutanea na fossa iliaca direita.

Como é produzida a syndrome? O autor julga, em character provisório, que ella pôde ser interpretada como dependente de uma irritação dos nervos do grande epiploon, motivada, seja pelo deslocamento desse orgão para o appendice, seja pela extrema toxidez dos productos por elle reabsorvidos. Derivando-se o grande epiploon do mesogastrium primitivo, e portanto na vizinhança da grande curvatura do estomago, é razoavel admittir-se que, identicamente ás lesões da grande curvatura, as irritações soffridas pelo grande epiploon se traduzam por phenomenos sensitivos e motores na região epigastica.

O A. basêa sua interpretação no facto de encontrar, nas operações praticadas ao início da syndrome, o grande epiploon em desvio para o lado do appendice, do qual fica mais ou menos afastado conforme o tempo decorrido desde o apparecimento dos signaes epigasticos. Este deslocamento do grande epiploon tende a applical-o de encontro ao appendice, que mostra então um fóco de gangrena ou, logo depois, uma perfuração.

Baseado nos trabalhos de Enríquez, Guttman e Rouvière, sobre vagotonia appendicular, ao A. é licito suppôr, afinal, que a syndrome epigastica manifesta um reflexo de excitação superaguda do pneumogastico.

A "syndrome epigastica" de Rove traz-nos á lembrança o "novo ponto" doloroso na appendicite aguda, descripta por Antonio Pedro, na "Folha Medica", n.º 4 de 1920.

Este “novo ponto”, que nunca se observa espontaneamente, está situado no meio de uma linha que vai do umbigo á oitava costella esquerda, coincidindo com a borda externa do musculo grande recto.

A pesquisa deste signal apresenta vantagens nos diagnosticos de appendicite chronica, em que a sua verificação é bem mais facil do que na especulosidade da syndrome abdominal dos casos agudos.

Dada a sua situação, clara tambem se torna a sua vantagem não permittindo duvidas com os diagnosticos de inflamação de órgãos vizinhos ao appendice, taes como os annexos na mulher.

Comparativamente aos pontos de Mac Burney, Lanz e Morris, o “novo ponto” é excellente porque a sua pesquisa não é perturbada pela contracção de defeza dos musculos abdominaes.

O A. observou 123 casos, concluindo por affirmar que o “novo ponto” desaparece rapidamente com a appendicectomia, contrariamente ao de Mac Burney, que póde persistir até 45 dias após a intervenção operatoria.

Quanto á etiologia, o Dr. Antonio Pedro julga que o “novo ponto” está em dependencia com a 10.^a raiz dorsal.

EFFEITO DOS MERCURIAES SOBRE A REACÇÃO DE WASSERMANN

No “Journal of Laboratory and Clinical Medicine”, de St. Louis (n.º 8, Abril de 1923) A. Strickler assigna o seguinte artigo: Influence of intravenous administration of Mercury benzoate on Wassermann reaction of apparently normal persons.

O autor contesta a referida influencia, citando casos. Trinta e sete injeções foram applicadas em um paciente e a Wassermann foi negativa; por outro lado, em um doente com a reacção fortemente positiva antes de que fosse instituido o tratamento, vinte injeções mercuriaes não modificaram o resultado da reacção. Um paciente soffrendo de psoriasis teve Wassermann fortemente positivo após a 4.^a injeção mercurial e a reacção persistiu após 18 injeções do medicamento.

Strickler lança as bases da sua affirmativa:

Admitte-se geralmente que os arsenicaes têm affinidade para o figado. Por outro lado, muito provavelmente é de natureza lipoide a substancia que provoca a positividade da reacção de Wassermann. Talvez os arsenicaes em sua acção sobre as cellulas hepaticas podem alterar suas funcções causando uma modificação nos lipoides ou determinando o derrame em massa da substancia lipoide na torrente sanguinea de forma a que o soro, examinado num certo momento, produz uma prova positiva de fixação do complemento.

Com os saes de mercurio, porém, o caso tem de ser diverso. Está estabelecido definitivamente que os mercuriaes têm uma grande affinidade para a estrutura do rim. Os mercuriaes não exercem influencia profunda sobre a estrutura do figado.

Dahi resulta que a administração dos mercuriaes não pode influir de maneira positiva na reacção de Wassermann de pessoas normaes. (J. A. M. A. 9-6-23.)

DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DA ANGINA DO PEITO

C. Albutt, em "The Lancet" (5 de Maio de 1923, pg. 883) assevera que, na grande maioria dos casos (90 o|o), a angina do peito é devida a affecção da aorta thoracica e especialmente de sua tunica externa em que se encontram os sensiveis end-orgãos que regulam a pressão sanguinea. A morte na angina do peito é ordinariamente motivada por inibição do vago, isto é, pelo shock da dôr. As arterias coronarias e o myocardio nada têm que ver com a dôr da angina mas com a sua mortalidade. Nos individuos moços em que o myocardio se encontra integro, o coração usualmente sobrevive á inibição, de modo que nelles, tantas vezes como nos casos de aorta syphilitica, por exemplo, a angina pôde ser uma terrivel, senão fatal, molestia. A angina verdadeira é rara nas mulheres; em compensação, nestas é frequente a pseudo-angina (muito mais frequente do que nos homens) que parece ser uma perturbação no dominio do plexo brachial, intercosto-humeral, Wrisberg e nervos phrenicos.

Além disso o doente de angina é geralmente, se bem que nem sempre, pallido, ou "paliascent"; os pseudo-anginosos são vermelhos de rosto.

Estes pacientes são na sua maior parte jovens que ainda não attingiram a meia-idade, e os ataques podem ser determinados por aborrecimentos, menstruação ou outros transtornos. O pulso do pseudo-anginoso, contrariamente ao observado na verdadeira angina, é accelerado e muitas vezes arhythmico. O coração pôde ser sentido como que querendo saltar fóra do peito. Não ha pal্পitação na angina verdadeira. No intervallo dos ataques, o medico poderá enganar-se não descobrindo nenhum signal de molestia, ou degeneração ou qualquer outro que lhe suggira uma affecção cardio-arterial.

Si forem encontrados taes signaes o diagnostico mesmo assim deve ser prudente. Mais difficil ainda é distinguir-se simulações de angina ou seus ligeiros graos (angina mitis) ou manifestações excéntricas de uma angina verdadeira.

O principio de Albutt na cura da angina é tratar o caso como se fosse de aneurysma — por absoluto repouso proporcional á gravidade

e rebeldia do caso, com a necessaria modificação da dieta conforme requeria a cura do vaso affectado. (J. A. M. A.).

O CHLORETO DE CALCIO NO TRATAMENTO DOS DERRAMES INFLAMMATORIOS

No n.º de 10 de Abril p.p. de "La Prensa Medica Argentina", A. Navarro publica os magnificos resultados que colheu com o emprego do chloreto de calcio no tratamento de 5 casos de pleuriz sero-fibrinoso. Ha neste methodo a dupla vantagem da cura e da auto-immunisação do paciente, com a reabsorpção do derrame, evitando assim reincidencias e impedindo a activação de focos bacilliferos occultos.

Krummenacher, em "Annales de Médecine" (Março de 1923, pag. 104) (v. J. A. M. A. 9-6-23) confirma tambem as idéas de Blum sobre a notavel acção do chloreto de calcio no tratamento das affecções inflammatorias das serosas. Provoca-se com o medicamento a reabsorpção do derrame e abaixa-se promptamente a temperatura, ao mesmo tempo que se promove a diurese. Nos casos agudos de pleuriz, as condições do doente são restauradas muitas vezes em 24 hs. Nos 10 casos detalhados que publica o A., o medicamento foi administrado em altas doses: 15 grs. do chloreto de calcio pró-die, repetidas no segundo dia si a febre persistir, ou reduzidas de metade se a febre abaixar-se. O tratamento não póde ser prolongado por mais de 5 ou 6 dias: provoca depressão do estado geral, com o desequilibrio do metabolismo mineral. Deve-se administrar ao doente duas boas colheres de sopa de uma solução concentrada do chloreto de calcio (30 grs. em 100 de agua) junto com café e bebendo o doente uma chicara de café logo após.

O effeito não parece ser mais accentuado quando seja endo-venosa a via de administração, salvo nos casos de grande derrame. Por esta via a dose não deve ser superior a 2,0 ou 2,5 grs. em uma solução 1 e 5 por cento.

Em um caso, a injeção endo-venosa de 3,0 grs. produziu acção curativa prompta; em outro caso, porém, de broncho-pneumonia, desenvolveu-se dois dias após uma thrombose na veia brachial.

Deve-se manter o doente em regimen deschloretado durante o tratamento pelo calcio e mesmo dois ou tres dias depois.

F.
